

Maria Zegarlicka-Poręba\*, Przemysław Jarosz-Chobot\*, Bernadetta Izydorczyk \*\*,  
Ewa Małecka-Tendera\*

## KOMPLEKSOWA METODA LECZENIA MŁODZIEŻY Z CUKRZYCĄ TYPU 1 Z UDZIAŁEM GRUPY WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

### COMPLEX TREATMENT INCLUDING PARTICIPATION IN THE PSYCHOLOGICAL SUPPORT GROUP IN ADOLESCENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 1

\*Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera

\*\*Katedra Psychologii Klinicznej Uniwersytet Śląski w Katowicach

Kierownik: prof. dr hab. J.M. Stanik

*Artykuł przedstawia autorski program kompleksowego leczenia młodzieży z cukrzycą typu 1 z udziałem grupy wsparcia psychologicznego. Celem programu była pomoc w kształtowaniu integracji społecznej, autoportretu i tożsamości uczestniczących w grupie adolescentów oraz stworzenie im warunków rozwoju umiejętności rozpoznania sytuacji powodujących niechęć do realizowania zaleceń terapeutycznych. Skuteczność kompleksowego leczenia oceniono wstępnie porównując wartości HbA1c oraz BMI uzyskane przez uczestników grupy wsparcia w czasie rozpoczynania i zakończenia zajęć.*

**Diabetes Mellitus Type 1  
adolescence  
psychological support group**

#### Summary

**Introduction:** The maturation process in diabetic adolescents is characterized by an insufficient metabolic level. Maintaining normoglycemia is a necessity and it is expected from young people with Diabetes during developmental changes. The appearance of emotional disorders, as a result of this burden, inhibits their therapeutic activity. **The aim of study** is to present the concept and results of a complex treatment of diabetic adolescents who participated actively in the programme. **Subjects and method:** 30 adolescents (mean age 14.8  $\pm$  1.0), suffering from DM Type 1 (mean duration 4.3  $\pm$  2.9), treated with functional intensive insulinotherapy were subjects in study. The subjects forming a homogeneous psychotherapeutic group participated in the GCZDiM programme: Psychological Support Group for adolescents with DMT1 /PGS/. The aim of this programme was to help young diabetics recognize and cope effectively with situations that provoke unwillingness and to realize the therapeutic indications. The estimation of the complex treatment efficacy included a comparison of initial HbA1c and BMI with the values at the end of the study. Statistical analysis was performed using Student-t test ( $p < 0.05$ ). **Results:** The HbA1c levels decreased significantly in study group (HbA1c 8.7 $\pm$ 1.5 vs. 7.9 $\pm$ 1.2,  $p = 0.0015$ ; girls: HbA1c 9.1 $\pm$ 1.5 vs. 8.0 $\pm$ 1.2,  $p = 0.0028$ ; boys: HbA1c 8.2 $\pm$ 1.3 vs. 7.7 $\pm$ 1.2,  $p = 0.21$ ). In boys no statistically significant difference was confirmed. Initial BMI values were normal and didn't change during the study. The differences in mean BMI values (study group: 20.1 $\pm$ 2.1 vs. 20.4 $\pm$ 2.1; girls: 19.9 $\pm$ 2.3 vs. 20.2 $\pm$ 2.3; boys: 20.3 $\pm$ 1.9 vs. 20.7 $\pm$ 1.8) weren't confirmed statistically ( $p > 0.05$ ). **Conclusions:** Connection medical treatment and psychotherapy increases efficacy, efficiency of DM Type I treatment. The therapy method applying PGS is an effective element of general therapy in adolescents

## **Grupa wsparcia psychologicznego dla młodzieży z cukrzycą typu 1**

### **Wprowadzenie**

Dorastanie to czas zmian biologicznych, psychicznych i społecznych. Dojrzejący często w szczególny sposób odbiera zmiany zachodzące w jego organizmie, związane z dojrzewaniem fizycznym (m.in. nabywanie zdolności do dawania nowego życia), psychicznym i społecznym (m.in. samodzielność, samokontrola, odpowiedzialność). Zmiany rozwojowe tego okresu życia mają charakter konieczny. Nastolatek żyje w świecie rodziny, szkoły, grup rówieśniczych, które wpływają na proces jego rozwoju. Oddziałujące na jednostkę warunki zewnętrzne (środowisko, zamierzone nauczanie i wychowanie), a także jej własna aktywność w środowisku mogą wpłynąć modyfikująco na tempo, rytm czy też harmonię rozwoju. Dorastający uczy się rozpoznawać własne uczucia, kontrolować je i panować nad nimi. Może czuć się zagubiony pod presją własnych namiętności, grupy rówieśników i oczekiwań rodziców; przeżywać ten okres jako czas wyboru, poszukiwania własnej tożsamości, świadomości „ja”. Młody człowiek może odczuwać konflikt dokonując wyboru pomiędzy zachowaniami osoby dorosłej a pragnieniem zachowania dziecka. W związku z tym często dokonuje tego wyboru chaotycznie, metodą prób i błędów, zaczynając odczuwać wstyd i poczucie winy. Charakterystyczne dla wieku dojrzewania jest także to, że dorastający szuka bliskich rówieśników w celu potwierdzenia własnej wartości, tożsamości, bardziej polega na opinii przyjaciół i zaczyna interesować się ludźmi spoza rodziny [1, 2].

Cukrzyca typu 1, wraz z leczeniem, oddziałuje wieloczynnikowo, stawiając przed dojrzewającym diabetikiem szczególnie trudne wymagania związane z koniecznością uzyskiwania dobrego wyniku — normoglikemii, udowodnionego czynnika znacząco zmniejszającego ryzyko powikłań. Wynika to z założeń terapii diabetologicznej, w której duży akcent jest położony na edukację w zakresie m.in. samodzielnego dokonywania wielokrotnych pomiarów stężenia glukozy we krwi, podawania często odpowiednich dawek insuliny, sposobu odżywiania się, wysiłku fizycznego, które pomagają w osiągnięciu „prawie normoglikemii”. Badania Korpala-Szczyrskiej i wsp. [3] wykazały, iż młodzież chora na cukrzycę typu 1 jako największy problem przedstawia obawę przed powikłaniami oraz konieczność przestrzegania odpowiednich zasad żywieniowych. Cukrzyca może wchodzić w konflikt z psychicznymi potrzebami osoby dorastającej powodując czy nasilając m.in. frustrujące poczucie inności, mniejszej wartości, często osamotnienie [4, 5, 6].

Leczeniu cukrzycy u nastolatków często towarzyszy pojawienie się negatywnych emocji, uczuć, m.in. złości, gdyż z powodu choroby nie mogą postępować tak jak ich zdrowi rówieśnicy, np. jeść to, na co mają ochotę, wtedy, gdy tylko o tym pomyślą; może być im trudno pogodzić kontrolę leczenia cukrzycy i chęć dorównania przyjaciołom w jedzeniu, piciu i spotkaniach towarzyskich. Często stanowi to duże obciążenie psychiczne chorującego nastolatka, które może prowadzić do pojawienia się zaburzeń emocjonalnych. Nastolatki opisują często swą sytuację jako „ciężką” [7]. Okres dojrzewania u chorych z cukrzycą typu 1 charakteryzuje się bardzo często niedostatecznym wyrównaniem metabolicznym, mimo stosowania czynnościowej intensywnej insulinoterapii i ciągłej edukacji diabetologicznej. W związku z tym wielu nastoletnich pacjentów nie osiąga celów leczniczych. Wielu autorów, m.in. Guthrie i wsp. [7], Jarosz-Chobot i wsp. [8], Symonides-Ławecka i wsp. [6],

podkreśla, iż motywacja do leczenia młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1 jest mała i bardzo często prowadzi do zaniedbywania kontroli glikemii w miarę trwania choroby.

Trudności w dostosowywaniu się do zaleceń terapeutycznych dojrzewających diabetyków mogą wynikać z ich wieku rozwojowego oraz dużych zmian społecznych ostatnich lat. Młodzież traci dotychczasowe poczucie bezpieczeństwa, ma trudności w orientowaniu się, wg jakich reguł, norm ma kształtować swoje życie [1, 2]. Z dotychczasowych obserwacji zespołu terapeutycznego Poradni Diabetologicznej dla Dzieci i Młodzieży Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach, wynika, iż wielu młodocianych diabetyków jest zdanych w swoim zmaganiu się z chorobą prawie wyłącznie na siebie. W związku z tym pojawiają się trudności, co wyraża się w niepokoju, niechęci do realizowania zaleceń lekarskich, agresji etc. Młodzież często usiłuje zwrócić na siebie uwagę najbliższych poprzez nasilony opór względem terapii diabetologicznej, np. nie stosuje się do zaleceń, co nie pozwala na osiągnięcie dobrej kontroli metabolicznej (np. podwyższona wartość HbA1c) i powoduje konieczność dodatkowych interwencji leczniczych (np. dodatkowe hospitalizacje).

Zaburzenia emocjonalne związane ze specyfiką choroby oraz wiekiem dojrzewania, nie zawsze uświadamiane sobie, często hamują i blokują aktywność terapeutyczną pacjentów, którzy rozumowo postrzegają zdrowie zgodnie z wymogami edukacji diabetologicznej, lecz buntują się przeciwko niemu. Nieświadomy opór może być uwarunkowany charakterystyką sfery emocjonalno-społecznej wieku dojrzewania oraz szczególną specyfiką choroby. Styl i jakość życia młodocianego diabetyka wymaga więc — poza wiedzą merytoryczną — stabilizacji emocjonalnej, rozwijania odpowiedzialności i umiejętności rozwiązywania swoich problemów czy panowania nad uczuciami i popędami. Czynniki psychospołeczne u pacjentów z cukrzycą typu 1 w wieku dojrzewania często mają decydujący wpływ na efektywność terapii diabetologicznej [4, 9].

Celem pracy jest przedstawienie autorskiego programu — koncepcji oraz wyników badań dotyczących kompleksowego leczenia młodzieży z cukrzycą typu 1 z udziałem grupy wsparcia psychologicznego.

### **Przykładowe techniki i metody pracy z pacjentami w wieku dojrzewania chorymi na cukrzycę — przegląd**

Z dostępnych danych wynika, że w terapii diabetologicznej młodzieży oddziaływanie powinno być ukierunkowane nie tylko na mechanizmy fizjologiczne, ale także na mechanizmy psychospołeczne, które w dużym stopniu determinują motywację pacjenta i jego najbliższych do przestrzegania zaleceń lekarskich [7, 8, 9]. Leczenie cukrzycy typu 1 to pomoc nastoletniemu pacjentowi w rozwijaniu i kształtowaniu samodzielności, samokontroli oraz samodyscypliny [10, 11, 12]. Wiele zostało już powiedziane i napisane o realizacji zadań i rezultatach terapii diabetologicznej wykorzystującej techniki i metody pomocy psychologicznej. Nadzorowanie poznawczo-behawioralne zachowania w procesie rozwoju samokontroli i samodyscypliny u pacjentów z cukrzycą jest bardzo ważne. Wykorzystywane w praktyce klinicznej podejścia to psychoedukacja z użyciem technik poznawczo-behawioralnych. Ćwiczenia pozwalają zrozumieć schematy poznawcze oparte na fałszywych myślach i nierealistycznych oczekiwaniach. Młodzież ćwiczy nowe sposoby rozmawiania z innymi i myślenia o wielu sprawach towarzyszących leczeniu cukrzycy

[13, 14, 15]. Dojrzewające dziewczęta z cukrzycą typu 1 szczególnie wymagają wsparcia psychologicznego ze względu na możliwość wystąpienia zaburzeń psychicznych, m.in. zaburzeń jedzenia [16, 17, 18].

W dostępnym piśmiennictwie nie znaleziono jednoznacznego opisu spektrum, koniecznych do zastosowania w praktyce diabetologicznej (leczenie młodzieży z cukrzycą), oddziaływań psychoterapeutycznych. Analiza literatury pozwoliła wykorzystać proponowane możliwości i stworzyć model działań w zakresie terapii cukrzycy pacjenta w wieku dojrzewania z udziałem psychologicznej grupy wsparcia [13, 15, 19–27].

### **Opis realizowanego programu**

Biorąc pod uwagę specyficzne problemy psychologiczne dorastających diabetyków oraz holistyczną metodę leczenia cukrzycy typu 1, stworzono w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka i Matki w Katowicach autorski program homogenicznej grupy — Grupę Wsparcia Psychologicznego dla młodzieży z cukrzycą (GWP) w ramach działań diagnostyczno-terapeutycznych Poradni Diabetologicznej dla Dzieci i Młodzieży. Dobór pacjentów, którzy odpowiadali założonym kryteriom, pozwolił stworzyć pewien poziom jednorodności, co mogło sprzyjać lepszemu samopoczuciu członków grupy, nawiązaniu więzi i terapeutycznemu wsparciu. Proponowany kontrakt określał specyficzne cele terapeutyczne, normy i zasady.

Podstawowe założenie to holistyczne oddziaływanie na mechanizmy fizjologiczne i psychospołeczne dojrzewających diabetyków. Minimalizowanie w trakcie badań własnych społecznej izolacji i alienacji młodzieży z cukrzycą pomogło osiągnąć zamierzone cele.

### **1. Cele grupy**

Formułując podstawowe cele grupy młodzieżowej, oparto się na podejściu eklektycznym. Dominowała w nim orientacja psychodynamiczna, humanistyczno-egzystencjalna i poznawczo-behawioralna w zakresie rozumienia patomechanizmu emocjonalnych zaburzeń i psychoterapeutycznych oddziaływań.

Cele realizowanego programu w grupie wsparcia dla młodzieży miały dotyczyć pomocy w kształtowaniu integracji społecznej, autoportretu i tożsamości uczestniczących w grupie adolescentów.

Podstawowe, terapeutyczne cele grupy wsparcia psychologicznego dla młodzieży chorującej na cukrzycę ukierunkowane zostały na:

I. Uzyskanie i utrzymanie dobrej kontroli metabolicznej, ocenionej na podstawie wartości HbA<sub>1c</sub> i wskaźnika BMI

II. Stworzenie dojrzewającemu rozwojowo pacjentowi diabetykowi, warunków, w których może uzyskać psychologiczne wsparcie.

Nadrzędne cele zawierały kilka celów szczegółowych:

- Stymulacja akceptacji choroby
  - praca nad budową tożsamości i strukturą „ja” dojrzewającego diabetyka,
  - wzmocnienie akceptacji siebie.
- Zwiększenie psychospołecznego przystosowania do cukrzycy i motywacji do przestrzegania zaleceń terapeutycznych

- wzmacnianie siły ego,
- nauka samokontroli — modyfikacja zachowań związanych z chorobą,
- zlikwidowanie symptomów wynikłych z nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych,
- zwiększenie motywacji w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych,
- rozwój umiejętności społecznych w roli diabetyka, doświadczenie akceptacji innych członków grupy,
- poszukiwanie powiązań pomiędzy objawami a światem uczuć, pragnień, potrzeb (zwiększanie zakresu samoświadomości), autorefleksja.
- Elementy psychoedukacji w zakresie m.in. psychologicznych uwarunkowań skutków przebiegu choroby i procesu leczenia
  - nabywanie umiejętności rozwiązywania problemów związanych z leczeniem,
  - rozwijanie strategii radzenia sobie w sytuacji trudnej (stres).

## 2. Kryteria doboru pacjentów

Dobór do grupy nosił charakter celowy i opierał się na następujących wskaźnikach:

- wiek: 13–16 lat,
- leczona cukrzyca typu 1,
- podwyższona wartość HbA1c lub wskaźnika BMI,
- wycofanie się z leczenia i zaprzestanie wykonywania zaleceń terapeutycznych (m.in. dokonywania pomiarów stężeń glukozy we krwi, wstrzykiwania insuliny odpowiednio do potrzeb, stosowania odpowiedniej diety),
- kilkukrotne odmowy podjęcia działań systematycznych, aktywnej współpracy z zespołem diabetologicznym,
- zdolność do nazwania i przedstawiania głównego problemu (przeżywanie i rozumienie samej choroby),
- chęć dołączenia do GWP,
- realistyczne oczekiwania wobec grupy.

Głównym wskazaniem do uczestnictwa w zajęciach była motywacja pacjenta do dokonania zmian, które zostały ujęte w programie grupy (m.in. poznanie przyczyn trudności w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych oraz dążenie do zmiany zachowania). Dominowało tu założenie, że terapeuci uznali terapię grupową za formę leczenia wybraną zgodnie z potrzebami pacjenta.

Wszyscy pacjenci zainteresowani udziałem w zajęciach GWP przeszli szkolenie w samokontroli cukrzycy (m.in. sposób odżywiania się, systematyczne pomiary stężeń glukozy we krwi, insulinoterapia).

Skuteczność kompleksowego leczenia młodzieży z cukrzycą typu 1 z udziałem GWP oceniono wstępnie porównując wartości HbA1c oraz BMI podczas rozpoczynania zajęć oraz na zakończenie prowadzonej obserwacji. Okres obserwacji wynosił od 3 do 12 miesięcy.

### **3. Struktura grupy:**

- Forma ambulatoryjna, jeden raz w tygodniu — 1 godzina
- Liczba osób — 12–14
- Przewidywany czas uczestnictwa ustalany indywidualnie
- Półotwarty charakter grupy, w której zajęciach pacjenci uczestniczyli w ustalonym zgodnie z kontraktem i zaleceniami terapeutów czasie. Sama grupa działała ciągle przyjmując kolejnych członków.

Określona struktura spotkań grupowych dawała młodzieży poczucie pewności i stałości (poczucie bezpieczeństwa), a także pozwalała przewidywać, jak będą przebiegały kolejne sesje terapeutyczne. Stabilną strukturę nadawały spotkaniu grupy również stałe rytuały — np. pełniący na danym spotkaniu rolę „szefa grupy” uczestnik sprawdzał obecność, zapisywał punkty dot. spóźnień, nieobecności, obuwia na zmianę, identyfikatorów. Wybrana na dane spotkanie osoba przedstawiała przygotowany samodzielnie zarys swojego życia z cukrzycą (od rozpoznania do teraz), następnie wybrane przez nią 2 osoby miały za zadanie ocenić jej sposób radzenia sobie z chorobą (na spotkaniu po 2 tygodniach). Pacjenci opowiadając swoją historię życia z cukrzycą, a po 2 spotkaniach otrzymując charakterystykę swojego funkcjonowania zaczęli utożsamiać się z innymi.

### **4. Techniki i metody terapeutyczne stosowane w trakcie badań własnych:**

- psychoedukacja ukierunkowana na proces zmian struktur poznawczych (negatywne i błędne schematy poznawcze dotyczące choroby i przeżywania świata),
- dialog terapeutyczny z dominacją interwencji typu klaryfikacji,
- trening autowzmacniania, autoinstrukcji,
- psychorysunek,
- elementy psychodramy,
- modelowanie — nauczanie interakcyjne, instruowanie w zakresie nowych sposobów reagowania; ważne jest zidentyfikowanie przez terapeutę pacjentów, którzy mogą służyć m.in. za przykład otwartości i konstruktywności,
- elementy terapii wglądowej, opartej na interpretacjach (głównie w zaawansowanej fazie pracy grupowej u nieco starszych adolescentów, mających psychologiczne możliwości uzyskiwania wglądu),
- trening asertywności,
- trening relaksacyjny.

### **5. Ukierunkowania terapeutyczne:**

Proceduralne:

- Terapeuci decydowali o przyjęciu pacjenta do grupy — rozpoczęciu terapii.
- Terapeuci swoją aktywnością utrzymywali koncentrację pracy grupy na wyznaczonych celach (społeczno-integracyjnych, terapeutycznych, związanych z procesem

uzyskiwania autonomii, budowy autoportretu nastolatka z cukrzycą i psychogennych uwarunkowań jego zaburzeń w funkcjonowaniu).

- Aspekty granic (np. punktualność pacjentów i terapeutów, spóźnianie się, obecności, nowi uczestnicy grupy, zakończenie terapii).
- Terapeuci skupiali się na związkach między zachowaniami, których pacjenci uczyli się w grupie, i na tym, jak próbowali je i realizować w życiu.
- Zakaz przemocy wobec siebie i innych.

Procesualne:

- Mówienie z pozycji „ja” (pomagało dojrzewającym uczestnikom kształtować własną tożsamość).
- Samodzielne poznawanie i odkrywanie siebie i swoich możliwości w grupie.
- Interpersonalny feedback.
- Trening nowych zachowań (np. asertywności w sytuacji konieczności odmowy jedzenia czy konieczności zmierzenia stężenia glukozy we krwi).
- Stosowanie ćwiczeń behawioralnych na sesjach i między nimi.
- Zakaz stosowania wyrażen typu „powinna/powinien”, dawania rad.
- Stwarzanie okazji do ekspresji i mówienia o uczuciach.
- Aktywne słuchanie, kontakt wzrokowy.
- Wspieranie.
- Dzielenie się uczuciami dotyczącymi wydarzeń w czasie sesji.

## **6. Proces terapeutyczny**

### **I. Sesje indywidualne**

- konsultacja lekarska,
- konsultacja psychologiczna z rodzicami potencjalnego uczestnika zajęć GWP,
- konsultacja psychologiczna z pacjentem.

#### **Konsultacja lekarska**

Po przeprowadzonych badaniach diagnostycznych lekarz wykluczał podłoże medyczne występujących trudności terapeutycznych.

#### **Konsultacja psychologiczna**

Pierwsze spotkania z psychologiem służyły nawiązaniu kontaktu z pacjentem oraz jego najbliższą rodziną (rodzice, rodzeństwo). Przeprowadzany przez psychologa wywiad psychologiczny stanowił uzupełnienie postawionej diagnozy psychologicznej w zakresie przebiegu, dynamiki rozwoju psychomotorycznego pacjenta i jego struktury osobowości. Dokonywano rozpoznania m.in. znaczących relacji interpersonalnych — z rodzicami, rodzeństwem, przyjaciółmi. Zbierano informacje dotyczące historii choroby, trudności z nią związanych oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Aby postawić trafną diagnozę,

porównywano zachowania nastolatka z normami rozwojowymi poprzez analizę ich nasilenia i rozpoznanie sytuacji, w której występują.

Spotkanie kończyło się kontraktem terapeutycznym, który obejmował zobowiązanie i deklarację pacjenta do udziału w terapii grupowej i podjęcie prób wypełniania zaleceń zespołu diabetologicznego, zgodę rodziców na udział dorastającego diabetyka w zajęciach GWP.

## II. Sesje grupowe

System grupowy przechodził przez kolejne stadia rozwoju. Po pierwszych sesjach grupowych, opierając się na wcześniej poznanej literaturze przedmiotu, rozmowach z supervisionerem, sformułowano podstawowe zasady pracy, dotyczące zachowania tajemnicy, budowy zaufania w zakresie powstających w grupie interakcji emocjonalno-poznawczych i tworzenia jej granic. Dojrzewająca młodzież z cukrzycą miała ten sam wspólny wiek i diagnozę cukrzycy. Uniwersalizm dotyczył tutaj emocjonalnych związków członków grupy ze sobą i ze światem, szczególnie zaś założenia, że nie jest się jedyną osobą przeżywającą podobne trudności, co mogło na drodze psychologicznego podobieństwa pomóc odzyskać nadzieję na wsparcie i na poprawę. Nadzieja i wsparcie to podstawowa wartość grupy.

W grupie terapeutycznej dojrzewający diabetyk dzieląc się swoimi doświadczeniami w radzeniu sobie z chorobą uzyskiwał wsparcie czy wzmocnienie i akceptację innych, podobnych sobie. Poprzez obserwowanie i ocenę innych dojrzewających cukrzyków członkowie grupy mieli możliwość nauczenia się nowych sposobów postrzegania, myślenia i emocjonalnego przeżywania swoich problemów. Mogli zobaczyć aspekty swojego funkcjonowania u innych członków grupy. Pojawiało się wtedy poczucie podobieństwa, członkowie grupy stwierdzali, że nie są sami ze swoimi problemami związanymi z chorobą. Nastolatek zaczynał uczyć się dostrzegać własne pragnienia i potrzeby, wyrażać je i jednocześnie zwracać uwagę na potrzeby innych, szanować i odkrywać wspólny wymiar bycia z innymi. Młodociany diabetyk dokonywał w czasie uczęszczania na zajęcia autodiagnozy — krytycznej refleksji nad własną sytuacją zdrowotną — i czynnie szukał możliwości poprawy m.in. nowych strategii radzenia sobie i adaptacji do sytuacji, związanych z przebiegiem choroby i jej leczeniem.

Styl prowadzenia grupy uwzględniał aktywne uczestnictwo pacjentów w podejmowaniu decyzji, co było połączone z procesem terapii diabetologicznej (m.in. stymulowanie samokontroli, samodzielności i samodyscypliny w przestrzeganiu zaleceń leczniczych). Możliwość współdecydowania była dla młodzieży szansą wypróbowania swoich sił w bezpiecznym środowisku i modelowania tym samym autonomicznego sposobu reagowania w sytuacji trudnej, co znacznie wspomagało proces dojrzewania do separacji i indywiduacji w całokształcie rozwoju adolescenta chorego na cukrzycę. Terapeuci tworzyli przestrzeń, w której uczestnicy uczyli się samodzielności, samokontroli i przejmowali odpowiedzialność za pewne zadania (m.in. planowanie terapeutycznych sesji, organizacja i wpływ na zasady kontraktu). Terapeuci pozwalali uczestnikom poprowadzić zajęcia grupowe, aktywizowali „starych” do pomagania „nowym” członkom, zachęcali wszystkich do mówienia i aktywności, modelowali otwartość, spontaniczność, empatię i emocjonalność, byli chętni do konfrontacji z problemowym uczestnikiem, pomagali grupie stworzyć nor-



my i granice. Dobrze wykorzystany autorytet służył do wytworzenia poczucia porządku i bezpieczeństwa, które jest niezbędne dla rodzącego się zaufania. Pomaganie członkom grupy w przejęciu odpowiedzialności za siebie samych i swoje działania — to dla nich bardzo ważne doświadczenie. Prowadzący grupę terapeuci nie dostarczali więc gotowych rozwiązań konkretnych problemów związanych z leczeniem, ale pomagali uczestnikom w dokładnym poznaniu ich sytuacji i rozważeniu, jak mogą się do niej odnieść. Następowła wymiana informacji, doświadczeń, odczuć. Dochodziło tu do reakcji łańcuchowej: diabetyk, który wyrażał swoje zainteresowanie pewnym tematem, np. pomiary stężeń glukozy we krwi w szkole, motywował innych, aby rozmawiali na ten temat.

Niezwykłym doświadczeniem dla dojrzewających diabetyków było opowiedzenie kolegom, w jaki sposób ich spostrzegają, co w nich cenią czy co przeszkadza w ich zachowaniu. Altruistyczne pomaganie innym, polegające na dzieleniu się własnymi doświadczeniami w radzeniu sobie z chorobą, w dużym stopniu mogło wzmacniać samoocenę. Każdy pacjent biorący udział w zajęciach GWP mógł służyć pozostałym jako „terapeuta” mogący na równi z innymi udzielać wsparcia i wspólnie ustalać ważność różnych zachowań, korzystając z własnych doświadczeń i wiedzy. Często uczestnicy ujawniali wstydlive sekrety (np. dostrzikiwanie insuliny w celu zmniejszenia glikemii po dodatkowym posiłku). Wzajemne dzielenie się swoimi sekretami, tajemnicami pomagało doświadczyć przeżyć innych. Grupa ponadto dostarczała wsparcia osobom z dodatkowymi dolegliwościami (np. celiakia, trudności w utrzymaniu odpowiedniej wagi ciała), które mogły utrudniać leczenie cukrzycy. Atmosferę sprzyjającą konstruktywnym zmianom nasilało uświadamianie podobieństw oraz wzmacnianie wysiłków pacjentów w konstruktywnym wypowiadaniu się. Wyrażanie uczuć mogło ułatwiać poznawanie i rozumienie siły przeżyć emocjonalno-uczuciowych. Dla większości uczestników intensywne wyrażanie uczuć, doznań, przeżyć i poznawanie siebie w bieżących sytuacjach było czymś wyjątkowym, doświadczeniem dużej bliskości. Dla niektórych pacjentów zwyczajne ujawnienie uczuć, często z powodów obronnych ukrywanych przez dłuższy czas, miało korzyści terapeutyczne (ekspresja uczuć i katharsis). Werbalizowanie uczuć mogło pozwolić poznać je i uwolnić, aby nie powodowały bólu czy wewnętrznego rozbicia. Uczestnicy byli zachęceni także do rozmowy o ich silnych stronach i pożądanych cechach, a nie tylko o problemach, symptomach i objawach. Tutaj następowało stymulowanie wiary we własne kompetencje dorastającego diabetyka i wspieranie jego autonomii, co mogło wpływać konstruktywnie na pozytywne rozwojowo zakończenie się kryzysu tożsamości adolescenta.

Zajęcia grupowe obejmowały także behawioralny i poznawczy nadzór. Terapia grupowa zapewniała bezpieczne warunki do stosowania treningu nowych zachowań, m.in. poprzez odgrywanie ról, scenek. Członkowie grupy poświęcali czas na określenie m.in. częstości epizodów podjadania — czy są one częstsze czy coraz rzadsze. Wymieniali się sposobami radzenia sobie z tym problemem. Zmniejszenie się patologicznego zachowania było zauważane i doceniane — było wzmacniane zarówno przez samych członków grupy, jak i przez terapeutów.

Uczestnicy uczyli się nowych zachowań metodą prób i błędów. W czasie sesji terapeutycznych często odgrywali psychodramatyczne sceny ze swojego życia, ćwicząc stosowanie nowych, bardziej konstruktywnych form zachowań. Jednocześnie potrzeby chłopców i dziewcząt były często, ze względu na specyfikę związaną z płcią, rozbieżne.

Tutaj terapeuci wykorzystywali formy pracy w podgrupach składających się z osób tej samej płci (uczestnicy mogli otwarcie rozmawiać o problemach wynikających z ich rozwoju). Jednocześnie praca wspólna stawała się bardziej atrakcyjna.

Pacjenci byli zachęcani do przejmowania odpowiedzialności za leczenie cukrzycy. Proces poznawczy i behawioralny skupiał się na przenoszeniu umiejętności nabytych w czasie leczenia (zajęcia GWP) na zachowanie w innych sytuacjach życiowych. Uczestnicy realizowali także zadania domowe dotyczące wzorów reakcji na wymogi leczenia cukrzycy. Technika behawioralna wykorzystywana tu to zwracanie uwagi pacjentów na moment wywołujący pewne zachowania. „Zanim zaczniesz podjadać, usiądź i na kartce papieru napisz, jak wygląda sytuacja teraz, jak się z tym czujesz i czy jest jakiś inny sposób rozwiązania jej”. Proponowany był także trening relaksacyjny i trening umiejętności asertywnych. Metody te mogły pomóc uczestnikom zwiększyć poczucie kontroli.

### **Charakterystyka badanej grupy**

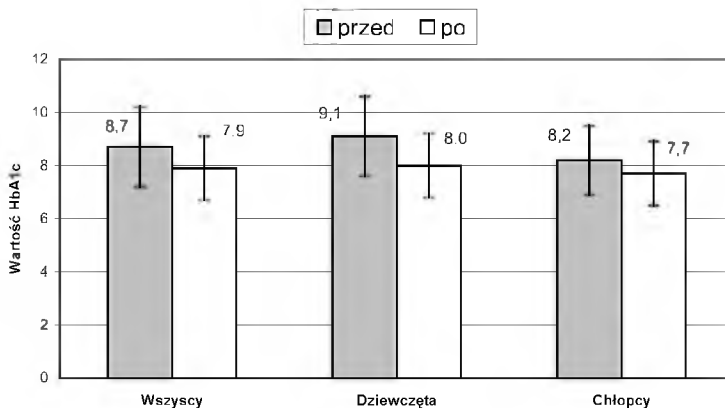
W badaniu wzięło udział 30 osób w wieku śr.  $14,8 \pm 1,0$  rok, chorujących na cukrzycę śr.  $4,3 \pm 2,9$  roku, leczonych metodą funkcjonalnej intensywnej insulinoterapii w Poradni Diabetologicznej dla Dzieci i Młodzieży GCZDiM w Katowicach. 82% badanych mieszkało w dużym mieście (ponad 100 000 mieszk.), 18% w małym (do 100 000 mieszk.). Rodzice 6% badanych chorują na cukrzycę. Wśród rodzeństwa większość — 64% badanych — zajmuje pozycję najstarszego, 19% — środkowego, 12% — najmłodszego, 3% — jedynaka. 23% rodziców badanych ma wyższe wykształcenie, 31% — średnie, 28% — zawodowe, 18% podstawowe.

### **Efekty leczenia**

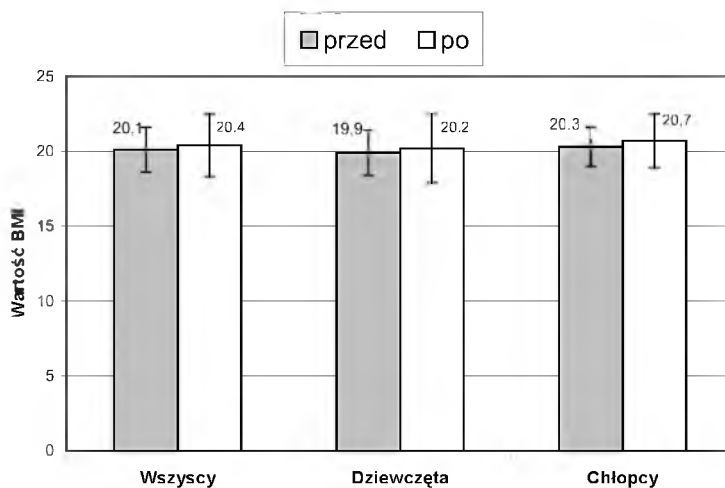
Otrzymane wyniki zestawiono na wykresach 1, 2. W badanej grupie młodzieży z cukrzycą typu 1 nie odnotowano epizodów ciężkiej hipoglikemii ani kwasicy ketonowej w okresie udziału w GWP. Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą testu t-Studenta ( $p < 0,05$ ). Wartość stężenia HbA1c obniżyła się istotnie w całej grupie badanej (śr. HbA1c  $8,7 \pm 1,5$  vs  $7,9 \pm 1,2$ ,  $p = 0,0015$ ) oraz w grupie dziewcząt (śr. HbA1c  $9,1 \pm 1,5$  vs  $8,0 \pm 1,2$ ,  $p = 0,0028$ ), natomiast istotnej statystycznie różnicy nie stwierdzono u chłopców (śr. HbA1c  $8,2 \pm 1,3$  vs  $7,7 \pm 1,2$ ,  $p = 0,1$ ) (wykres 1). Początkowe wartości BMI były oceniane jako prawidłowe i nie uległy zmianie w czasie obserwacji. Różnica między uzyskanymi wartościami średnimi BMI (BMI dla całej grupy:  $20,1 \pm 2,1$  vs  $20,4 \pm 2,1$ ; BMI dziewcząt  $19,1 \pm 2,3$  vs  $20,2 \pm 2,3$ ; dla chłopców  $20,3 \pm 1,9$  vs  $20,7 \pm 1,8$ ) nie jest statystycznie udowodniona na poziomie istotności 0,05 dla całej grupy. Nie stwierdzono również istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do płci badanych (wykres 2).

### **Podsumowanie**

GWP są skutecznym elementem całościowej terapii młodzieży z cukrzycą. Przedstawiony program pomógł w zwiększeniu efektywności leczenia poprzez lepsze wyrównanie metaboliczne chorych, oceniane na podstawie wartości HbA1c i wskaźnika BMI. W konsekwencji, dzięki większej motywacji do przestrzegania zaleceń terapeutycznych, utrzymująca się poprawa stanu metabolicznego chorych pozwoli uniknąć wielu powikłań



Wykres 1. Porównanie wartości HbA1c na początku i na końcu udziału w zajęciach



Wykres 2. Porównanie wartości BMI na początku i na końcu udziału w zajęciach

(m.in. hipoglikemii, dużych wahań stężeń glukozy we krwi, kwasie ketonowych etc.) oraz zredukować liczbę ponownych hospitalizacji. Pacjent podczas zajęć GWP miał szansę zidentyfikować swoje trudności, sposoby radzenia sobie z nimi oraz nauczyć się nowych prozdrowotnych sposobów funkcjonowania. Program terapii grupowej pomagał osiągać dorastającym diabetikom stabilizację i dojrzałość emocjonalną. Młodzież z cukrzycą nabywała większej samoświadomości i zwiększała się jej motywacja do wprowadzania zasad zdrowego stylu życia — m.in. dokonywania pomiarów stężenia glukozy we krwi, insulinoterapii, odpowiedniej diety. W grupie dziewcząt nastąpiły oczekiwane zmiany w czasie obserwacji. Brak wyraźnej poprawy w analizowanych parametrach w grupie chłopców w wieku dojrzewania może sugerować, że być może wymagają oni wydłużenia czasu udziału w zajęciach GWP lub innych metod psychologicznej pomocy. W przyszłości konieczna jest dokładna analiza i interpretacja oddziaływań oraz ocena wyników

realizowanego programu przy zwiększonej liczbie osób badanych oraz dłuższym czasie obserwacji.

Proponowany program grupy psychoterapeutycznej jest skutecznym elementem całościowej terapii młodzieży z cukrzycą zmniejszającym ryzyko krótko- czy długoterminowych powikłań cukrzycowych. Wieloaspektowe rozumienie i postrzeganie zdrowia (aspekt fizyczny i psychiczny) przez dojrzewających pacjentów powinno wpływać na multidyscyplinarne podejście do leczenia oraz zindywidualizowany plan leczenia choroby przewlekłej i postępującej, jaką jest cukrzyca typu 1, który weźmie pod uwagę psychiczne potrzeby diabetyków w wieku dojrzewania. Umożliwi to uwzględnianie potrzeb pacjenta z wielu perspektyw.

### Piśmiennictwo

1. Adolescencja z perspektywy terapii. Wywiad z prof. Namysłowską I. i dr K. Walewską — Sławomir Murawiec. *Dialogi* 2003; 1-2: 7-4.
2. Izydoreczyk B, Trepka-Starosta J. Źródła i manifestacje kryzysu w okresie adolescencji. Możliwości psychologicznych oddziaływań na przykładzie młodzieżowych grup terapeutycznych. W: Gochmal-Bach B, Knobloch-Gala A, red. *Kryzysy rozwojowe wieku dziecięco-młodzieżowego a możliwości społecznego wsparcia*. Kraków: Impuls; 2005, s. 128-145.
3. Korpala-Szczyrska M, Kamińska H, Dorant B, Birholz D, Wiecek D. Problemy psychologiczne młodzieży chorej na cukrzycę typu 1. *Diabetol. Pol.* 2002; 9: 121-125.
4. Zegarlicka-Poręba M, Jarosz-Chobot P, Krajewska-Siuda E, Krajewski-Siuda K, Małeczka-Tendera E. Rozumienie zdrowia przez młodzież chorującą na cukrzycę typu 1 w oparciu o własne kryteria. *Endokrynol. Diabetol. Chor. Przem. Mat. Wiek Rozwój*. 2005, 11, 2, 91-95.
5. Wysocki T, Hough BS, Ward KM, Green LB. Diabetes mellitus in the transition to adulthood: adjustment, self-care, and health status. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1992; 13: 194-201.
6. Symonides-Lawecka A. Problemy młodzieży chorej na cukrzycę. *Diabetol. Pol.* 1998; 5: 88-89.
7. Guthrie DW, Bartsocas C, Jarosz-Chobot P. i in. Psychosocial issues for children and adolescents with diabetes: overview and recommendations. *Diabet. Spectr.* 2003; 16: 7-12.
8. Jarosz-Chobot P, Guthrie DW, Otto-Buczowska E, Koehler B. Self-care of young diabetics in practice. *Med. Sc. Monit.* 2000; 6: 129-132.
9. Hanas R. Cukrzyca typu 1 u dzieci, młodzieży i dorosłych. Jak stać się znawcą swojej cukrzycy. Bydgoszcz: Dia-Pol Spółka z o.o.; 2003.
10. Krajewska-Siuda E, Jarosz-Chobot P, Koehler B. Edukacja zdrowotna w opinii młodzieży chorej na cukrzycę typu 1. *Diabetol. Pol.* 2000; 7: 228-231.
11. Lernmark B, Dahlqvist G, Fransson P, Hagglof B, Ivarsson SA, Ludvigsson J, Sjoblad S, Thernlund G. Relations between age, metabolic control, disease adjustment and psychological aspects in insulin-dependent diabetes mellitus. *Acta Paediatr.* 1996; 85: 818-824.
12. Rozpoznawanie i leczenie cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży. Aktualne wytyczne (2000) International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). *Medycyna Praktyczna. Pediatria*, wydanie specjalne 1/2001, Kraków.
13. Hampson SE, Skinner TC, Hart J i in. Behavioral interventions for adolescents with type 1 diabetes. *Diab. Care* 2000; 23: 1416-1422.
14. Wysocki T. The ten keys to helping your child grow up with diabetes. USA: American Diabetes Association; 1997.
15. Wysocki T, Greco P, Harris MA i in. Behavior therapy for families of adolescents with diabetes. *Diab. Care* 2001; 24; 3: 441-445.
16. Dickinson JK, O'Reilly MM. The lived experience of adolescent females with type 1 diabetes. *Diab. Educ.* 2004; 1: 99-107.

17. Maharaj S, Daneman D, Olmsted M, Rodin G. Metabolic control in adolescent girls. Links to relationality and the female sense of self. *Diab. Care* 2004; 3: 709–715.
18. Schwartz SA, Weissberg-Benchell J, Prlmutter LC. Personal control and disordered eating in female adolescents with type 1 diabetes. *Diab. Care* 2002; 11: 1987–1991.
19. Didjurgeit U, Kruse J, Schmitz N i in. A time-limited, problem-orientated psychotherapeutic intervention in type 1 diabetic patients with complications: randomized controlled trial. *Diab. Med.* 2002; 19, 10: 814–821.
20. Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B i in. Psychosocial therapies in diabetes. *Diab. Care* 2001; 24; 7: 1286–1292.
21. Czech A. Standardy organizacyjne opieki medyczno–społecznej nad chorymi na cukrzycę. *Przew. Lek.* 2003; 2: 14–23.
22. Drózd Z, Pawlaczyk B. Zespół terapeutyczny w edukacji diabetologicznej w cukrzycy typu 1. *Probl. Med. Społ.* 1993; 5: 120–135.
23. Nowakowska J, Sieradzki J. Zajęcia w psychologicznej grupie wsparcia dla pacjentów chorych na cukrzycę jako forma edukacji diabetologicznej. Podsumowanie 4-letniej interwencji. *Diabetol. Pol.* 2002; 4: 238–242.
24. Zegarlicka M, Jarosz-Chobot P, Kokoszka A, Małecka-Tendera E. Program opieki psychologicznej nad dziećmi i młodzieżą chorującymi na cukrzycę i ich rodzinami w stymulowaniu aktywności w procesie leczenia oraz radzeniu sobie z emocjonalnymi skutkami objawów choroby przewlekłej. *Diabetol. Pol.* 2004; 11: 78–82.
25. Grossman HY, Brink DJ, Huser ST. Self-efficacy in adolescent girls and boys with insulin-dependent diabetes mellitus. *Diab. Care* 1987; 10: 324–329.
26. Channon S, Smith VJ, Gregory JW. A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Arch. Dis. Child* 2003; 88: 680–683.
27. Viener RM, Christie D, Taylor V, Hey S. Motivational-focused intervention improves HbA1c in adolescents with type 1 diabetes: a pilot study. *Diabet Med.* 2003; 20: 739–742.

Adres: Maria Zegarlicka-Poręba, Katedra i Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej ŚAM w Katowicach, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka i Matki, ul. Medyków 16, 40-752 Katowice, tel.+48 32 207 16 54, fax +48 32 207 16 53